

緩和ケア病棟 入院相談書(主治医記入用)

※必要事項の記入と各項目の該当するものにチェック☑をお願いいたします。
 ます。

記入日: 年 月 日
 記入者:

基本情報			
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳
住 所	TEL		
Keyperson	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()		
住 所	TEL		
原疾患名			
転移:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位:		直接浸潤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位:
原疾患に伴う合併症:			
その他の合併症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他()		
予想される予後	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 半年~1年 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位		
急変について	<input type="checkbox"/> 急変の可能性が高い		
病状の説明(説明しているもの全てに✓してください)			
<患者様に対して> 説明時期()ごろ			
<input type="checkbox"/> 病名 (具体的には:)			
<input type="checkbox"/> 予後 (具体的には:)			
<input type="checkbox"/> 転移・再発 (具体的には:) <input type="checkbox"/> 急変の可能性			
<input type="checkbox"/> 説明したが理解されていない <input type="checkbox"/> 説明していない 理由:			
<ご家族に対して> 説明を受けたご家族の名前: 説明時期()ごろ			
<input type="checkbox"/> 病名 (具体的には:)			
<input type="checkbox"/> 予後 (具体的には:)			
<input type="checkbox"/> 転移・再発 (具体的には:) <input type="checkbox"/> 急変の可能性			
<input type="checkbox"/> 説明したが理解されていない <input type="checkbox"/> 説明していない 理由:			
症状・感染症・医療処置について			
疼痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: 原因として考えられること:		
その他コントロールが難しい症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的には:)		
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他()		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他()		
現在の処置	褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置内容: 酸素 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リットル/min		
チューブ類	<input type="checkbox"/> 末梢静脈カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテル <input type="checkbox"/> CVポートあり <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> PSTD <input type="checkbox"/> PTGBD <input type="checkbox"/> 胃瘻(目的: <input type="checkbox"/> 水分・栄養経路 <input type="checkbox"/> 減圧・排液) <input type="checkbox"/> NGチューブ 目的: <input type="checkbox"/> 水分・栄養経路 <input type="checkbox"/> 減圧・排液) <input type="checkbox"/> その他()		
今後の治療について			
悪性腫瘍の縮小・治療を目的とした治療の予定は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的には:)			
その他診療で留意すべき点がございましたら、お書きください。			
※緩和ケア病棟は緊急入院が困難なため、緊急入院が必要な場合は紹介元の医療機関で対応をお願いします。(緊急入院が必要な場合は、一般病棟で対応しています。)			
・緊急入院の場合、貴院での対応は <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 ・対応不可の場合の対応方法についてはどのように考えていらっしゃいますか			
患者様およびご家族が希望された場合、この用紙および診療情報提供書を開示してもよろしいですか			
<input type="checkbox"/> 開示してよい <input type="checkbox"/> 開示しないでほしい			

ご協力ありがとうございました 医療法人社団慶友会 吉田病院 緩和ケア病棟 2016.9

この相談書のほかに診療情報提供書直近の画像データと血液検査データ等を添えていただけますと幸いです。